

DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES (DDD)
DDD 자원 배치 프로그램 신청서
REQUEST FOR OUT-OF-HOME CARE IN THE
DDD VOLUNTARY PLACEMENT PROGRAM

신청일	부모의 이름		
본인/우리들의 아이 혹은 아이의 이름은 _____이며, _____ 살입니다.			
본인/우리는 본인/우리 아이의 법적 보호자이며 양육자입니다. <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오			
<input type="checkbox"/> 본인/우리는 상기에 이름한 아이를 자택이 아닌 시설에 배치시켜 주기를 요청합니다.			
아이의 법적 신분(상태)에 관한 기타 정보			생년월일
현 거주지 주소	시	주	우편번호
상기 주소에 아이와 같이 살고 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	현 자택 전화번호	이메일 주소	
현 직장 전화번호	이메일 주소	현 휴대폰 번호	
현 직장 전화번호	이메일 주소	현 휴대폰 번호	
자원배치 프로그램(Voluntary Placement Program)은 RCW 74.13.350 규정에 의해 결정됩니다. 아이를 시설에 배치하는 것은 오로지 아이의 장애문제로 인한 것이어야만 합니다.			
부/모의 서명	부/모의 서명	DDD 직원의 서명	

DSHS 10-277 KO (REV. 02/2006)

ATTACHMENTS: RCW 74.13.350 Brochure

COPIES TO: Parent; File; Database